



CFDT TRANSPORT

Contrat retraités

Préambule

Vos garanties Mutuelle

SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	150 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	130 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	150 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	130 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	150 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	130 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	150 % BR
Auxiliaires médicaux	130 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS	300 €/an/bénéficiaire et au-delà 100 % BR
Autre appareillage remboursé par la SS	300 €/an/bénéficiaire et au-delà 100 % BR
PHARMACIE	
Pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % BR ou TFR
TRANSPORT	
Transport remboursé par la SS	100 % BR
FRAIS DENTAIRES	
Soins et actes dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS	125 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires) - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	350 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	400€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la SS	350 % BR
Orthodontie non remboursée par la SS	400€/an/bénéficiaire
Implants (implant + pilier implantaire)	400€/an/bénéficiaire
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	180 % BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	160 % BR
Frais de séjour	180 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Chambre particulière ⁽³⁾	50€/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	20€/jour

Dentaire

Prothèse dentaire base de remboursement SS
120€ soit un montant remboursé de 420€

Hospitalisation

Chambre particulière 50 € / jour possibilité de dépassement pour une chambre particulière en conventionnement particulier

Vos garanties

Mutuella

FRAIS D'OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
Monture	Cf. Grille optique ci-après
Verre	
Lentilles remboursés par la SS	200 € /an/bénéficiaire et au-delà 100% BR
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	150 €/œil tous les 5 ans
PREVENTION ET AUTRES SOINS	
Cures thermales remboursées par la SS : honoraires et soins	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la SS	150 € /an/bénéficiaire
Médecine douce (Acupuncteur, Chiropracteur, Ergothérapeute, Homéopathe, Méthode Mézières, Micro kinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue)	120 € /an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie non remboursée par la SS	40 €/2ans/bénéficiaire
Acte de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	Pris en charge

⁽¹⁾ En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Possibilité de dépassement du forfait jour (50€/jour) du contrat habituel pour une chambre particulière en conventionnement particulier.

⁽²⁾ L'OPTAM/OPTAM-CO remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

⁽³⁾ Possibilité de dépassement du forfait jour (50€/jour) du contrat habituel pour une chambre particulière en conventionnement particulier.

⁽⁴⁾ Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / «OPTAM / OPTAM-CO» : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Optique

Monture à 100 € +
remise 20% dans le
réseau
Verres jusqu'à 480 € +
remise possible jusqu'
à 40%

Vos garanties Mutuelle

OPTI 4 : 0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous dans le réseau

Garanties exprimées en inclusion du remboursement du régime obligatoire

Classe de défaut visuel	Défaut Visuel		Dans le réseau		Hors réseau	
	Myopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Verre simple foyer	Verre Progressif jusqu'à la 6ème génération	Verre simple foyer	Verre Progressif
classe 1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	aminci super antireflets haut de gamme	aminci super antireflets haut de gamme	60 €	160 €
classe 2	De 0 à 2 De 2.25 à 4	De 2.25 à 4 Inférieur ou égal à 2	aminci super antireflets haut de gamme	aminci super antireflets haut de gamme	70 €	180 €
classe 3	De 2.25 à 4 De 4.25 à 6	De 2.25 à 4 Inférieur ou égal à 4	surface asphérique super aminci super antireflets haut de gamme	super aminci super antireflets haut de gamme	85 €	200 €
classe 4	De 6.25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4.25	surface à géométrie évoluée ultra aminci super antireflets haut de gamme	ultra aminci super antireflets haut de gamme	110 €	220 €
classe 5	Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	surface à géométrie évoluée ultra aminci précalibrage/optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	ultra aminci précalibrage/optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	140 €	240 €

Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes, et 1 équipement par an pour les enfants ou en cas de changement du défaut visuel dès 0,25 dioptries

Vos réseaux

Mutuelle

**KALIXIA
OPTIQUE**
6500 OPTICIENS
PARTENAIRES
En moyenne 40%
sur les verres

**KALIXIA
AUDIO**
Remise d'au
moins 15%

**KALIXIA
DENTAIRE**
Négociation de
tarifs plafonnés
Jusqu'à 25% de
remise

KALIXIA
C'est aussi des
prestataires en
médecines
douces

Vos avantages

Mutuelle

- Pas de délai de carence
- Pas de limite d'âge
- Pas de questionnaire médical
- Pas de palier d'âge (tarifs identique pour une personne de 60 ans et de 75 ans)
- Commission de suivie entre MALAKOFF HUMANIS et la FEDERATION.